

主治医殿

豊島区立西巢鴨小学校

年 組 氏名 _____ 年 月 日生

上記の者が貴医にて加療中でしたが、感染のおそれがないと認められましたら、証明をお願い致します。

証 明 書

病名 (_____)

上記の疾患により加療中でしたが、伝染のおそれがないと認めます。

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

豊島区立西巢鴨小学校校長殿

医療機関名
医 師 名 _____

(注) ◎保護者へ

- この証明書には医療費とは別に500円の証明書料が必要です。
- この証明書は、豊島区医師会員のみが発行します。その他の医療機関にかかれる場合は、証明料が異なる場合があります。